Lane Medical Library

Ueber Lungensyphilis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. Juni 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Julius Margendorff

pract. Arzt

aus Greifenhagen (Pommern).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Lütje Thaysen, pract. Arzt.
- Dr. med. Burmeister, pract. Arzt.
- Cand. med. Klein.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0014

Zur Geschichte der Lungensyphilis will ich kurz Folgendes vorausschicken. Mit Paracelsus ums Jahr 1500 fängt eine Periode der Geschichte der Lungensyphilis an. Jener Reformator der physiologisch-pathologischen Medicin hat die Folgen der Syphilis als Exantheme, Hydropsien, Phthisen u. s. w. richtig erkannt. Dafür sprechen die Beobachtungen seiner Zeitgenossen und die der Jetztzeit. Die zweite Periode repräsentirt unter anderen Laennec ums Jahr 1800, der Begründer der modernen Auscultation und Percussion. Er suchte durch physikalische Diagnostik und am Sectionstisch die Einheitlichkeit der Lungenerkrankungen als von Tuberculose ausgehend zu beweisen. Erst Virchow hat, wie ich selbst mehrfach in seinen Vorlesungen von ihm vernommen habe, die Lungensyphilis wieder zur Anerkennung gebracht. Seitdem mehren sich die Beobachtungen und, wenn auch kein Zweifel für das Bestehen der Lungensyphilis mehr herrscht, so bleibt bei der Wichtigkeit der Diagnose noch Manches zu erforschen übrig, zumal die Affection zu den selteneren gehört und die Gelegenheit, sie zu beobachten und zu studiren, nicht häufig ist. Deshalb wird auch die folgende Mittheilung eines Falles, welcher klinisch lange Zeit bis zum Lebensende beobachtet worden und zur Section kam, gerechtfertigt erscheinen.

Ich lasse hier die Krankengeschichte der Luise Mock, 28 Jahr alt, folgen. Sie ist 1886 auf der II. med.

Klinik behandelt. Dr. Ruhemann erwähnt sie in seiner Dissertation. Ich selbst habe sie beobachtet Sommer 1888 und habe sie auch am Sectionstisch gesehen.

Sie ist aufgenommen in die III. med. Klinik am 2. Juni 1887.

Anamnese: Der Vater ist nach dem Sturz von einer Treppe gestorben. Die Mutter lebt und ist brustleidend. Geschwister sind an unbekannten Krankheiten gestorben. Pat. soll als Kind einmal die Abzehrung gehabt haben, ausserdem Scharlach und Masern. Die Menstruation stellte sich im 17. Jahre ein, reichlich, ohne Beschwerden. Im 20. Jahr gebar sie ein ausgetragenes Kind. Dasselbe starb im 6. Jahr. Die Krankheit ist unbekannt. Pat. ist 1882 und 1884 an Fluor in der neuen Charité behandelt worden. Seitdem hat sie Stiche in der Brust, Husten und Blutspeien. Sie ist fast andauernd in Behandlung gewesen, ist aber trotzdem, besonders in letzter Zeit, stark abgemagert. Im Jahre 1886 ist sie, wie schon erwähnt, auf der med. Klinik antiluetisch behandelt worden. Die erzielte Besserung hat nicht vorgehalten.

Ich gebe noch einmal den Status vom Sept. 1886 wieder:

Mittelgross gebaute Person, Nasenrücken eingesunken, breit; auf der Stirn Joddacne. Fauces geröthet.

Die rechte Lungenspitze zeigt hellen, vollen Schall und Vesiculärathmen. In der linken Spitze fast absolute Dämpfung bis zur 5. Rippe, weiter abwärts tympanitischer Schall. Die Auscultation ergiebt entferntes Bronchialathmen und spärliche grossblasige, klingende Rasselgeräusche, im Uebrigen L. H. überall heller Schall und Vesiculärathmen.

Lungengrenzen: V. R. U., oberer Rand der 7. Rippe, H. U. beiderseits Proc. spin. des 11. Brustwirbels.

Herzdämpfung: Oberer Rand der 4. Rippe. Spitzenstoss im 5. und 6. Intercostalraum, etwas nach innen von der Papillarlinie.

Herztöne: An der Herzspitze ein leichtes systolisches Geräusch. 2. Aorten- und Pulmonalton deutlich verstärkt. Sonst reine Töne.

Abdomen: Weich, leicht eindrückbar. In der Medianlinie über der Leber druckempfindlich. Die Lebergrenze reicht hier bis auf 2 Finger breit an den Nabel heran. Milzdämpfung nicht deutlich abzugrenzen.

Sputum: Mehrere Esslöffel voll, blutig. Tuberkelbacillen nicht nachweisbar trotz häufiger, sorgfältiger Untersuchung.

Rhinoskopischer Befund: Der ganze weiche Gaumen und die hintere Partie der Uvula zerklüftet, die Geschwürsfläche sieht gereinigt aus. Die Choanen sind der Spiegelung unzugänglich wegen zu grosser Näherung der Gaumenbögen an die hintere Pharynxwand.

Laryngoskopischer Befund: Die Stimmbänder sind eigenthümlich trocken, glanzlos und uneben; ihr freier Rand ist glatt und erscheint nur hier und da durch aufliegendes Secret verändert. Die Schleimhaut der Aryknorpel ist geschwollen und geröthet und zeigt eine Anzahl leicht gebogener, weisslicher Streifen, die sich ausnehmen wie die Ränder ganz oberflächlicher Epithelverluste. Ganz ähnliche, jedoch intensivere weisse Linien und Streifen zeigt die Mucosa der vorderen Larynxwand und der Trachea. Die erstere erscheint dadurch uneben. An der Trachea ist schwer zu unterscheiden zwischen Epithelverdichtung und Schleimauflagerung.

Bis zum Nov. ist 33mal geschmiert worden. Pat. fühlt sich besser. Auch der Ernährungszustand ist bedeutend gehoben. Die physikalische Untersuchung erweist eine geringe Aufhellung über den gedämpften

Partien. Doch ist wahrzunehmen, dass die linke Brusthälfte bei der Athmung erheblich zurückbleibt. Im Februar 1887 ist dieser Unterschied nicht mehr so deutlich wahrnehmbar. Doch ergiebt noch die vordere Lungenseite intensive Dämpfung, die in die Herzdämpfung übergeht. Am oberen Rand der 6. Rippe in der linken Mammillarlinie ging die Dämpfung in den tympanitischen Schall des Magens über. In der linken Fossa infraclavicularis ausgeprägter Wintrich'scher Schallwechsel. Der Schall ist höher beim Aufsitzen als beim Liegen. Bronchialathmen im Bereich der Dämpfung. In der Fossa infraclavicularis vereinzelte Rasselgeräusche. Daselbst ist auch der Pectoralfremitus verstärkt. Sonst an der linken Lunge normaler Lungenschall und Vesiculärathmen. Pat. fühlt sich nach der Quecksilberkur gebessert. Kein Husten, kein Auswurf.

Status am 2. 6. 87. Dürftig genährte Kranke, von gelblich-grauer Gesichtsfarbe, geringer Musculatur und schwachem Fettpolster, Temp. nicht erhöht. Athmung frequent (24—30), dyspnoisch angestrengt, regelmässig. Puls beschleunigt (90—100), matt, von geringer Spannung. Auf dem Körper zahlreiche pigmentirte Flecke, die zum Theil im Centrum ihr Pigment verloren haben.

Die Percussion am Thorax ergiebt Dämpfung in der linken Fossa supraclav. herunter bis zur Herzdämpfung. Rechts ist der Schall gleichfalls nicht normal und voll, jedoch heller als links. H. besteht beiderseits in den Fossae supraspinat. Dämpfung, weiter unten hellt sich der Schall rechts bis zum 8.—9. Brustwirbel annähernd normal auf, abwärts beiderseits Dämpfung, die auch bei tiefer Athmung wenig weicht. Das Athmungsgeräusch ist über der l. Spitze bronchial, links, von der Clavicula abwärts, gleichfalls bronchial, doch spärlich und mit metallischem Beiklang, dabei Pfeifen

und Rasseln. Rechts über der Spitze ist das Athmen unbestimmt, vom 1. Intercostalraum abwärts verschärft vesiculär, mit spärlichem Rasseln verbunden. H. L. schwaches bronchiales Athmen, rechts unbestimmtes Geräusch.

Herzdämpfung normal. Leberdämpfung bleibt 2 bis 3 cm von der durch den Nabel gezogenen Horizontalen ab.

5. 6. Temp. 39,8, Resp. 28, Puls 120. Zunahme der Schmerzen auf der Brust. Pat. macht einen collabirten Eindruck. Sie bekommt Mixt. solvens 100 mit Aq. amygd. am. c. Morph. 2,0 : 0,02. Ausserdem Atropin. 0,001 nach Bedarf.

6. 6. Temp. 36,8, Resp. 30, Puls 92. Kräfte ziemlich verfallen.

Temp. 39,1, Resp. 32, Puls 108, doch kein eigentlicher Collaps.

Nur an einigen Tagen hellt sich der Zustand der Pat. auf. Sonst ist während des Monats Juni keine besondere Veränderung im Status zu vermerken. Die Schmerzen in der Brust dauern fort; auch die nächtlichen Schweisse sind dieselben. Die Expectoration ist erschwert. Das Sputum ist noch blutig gefärbt, doch sind Tuberkelbacillen immer noch nicht gefunden. Pat. bekam Schmerzen in der Lebergegend, die nach hydropathischen Umschlägen vergingen. Auch über Kopfschmerzen hat Pat. mehrfach geklagt. Am Ende des Monats bekam Pat. ein frisches Exanthem am Rücken und im Gesicht.

Im Monat Juli ist der Status fast derselbe. Nur mehren sich die dyspnoischen Anfälle der Pat. Tagsüber liegt sie häufig theilnahmslos da und ist sehr matt. Pat. bekommt nach wie vor täglich eine Pille nüchtern von der Vorschrift: Hydrarg. bijod. rubr. 0,15, Kalii

jodat. 1,5, Extr. Gent. q. s. ut f. pil. No. XXX. Am Ende des Monats sind geschwollene Lymphdrüsen aus der l. Mammargegend entfernt worden. Die Schmerzen an der Leber haben zugenommen; die Lebergrenze reicht bis auf 1 cm an den Nabel heran. Als ein wesentliches Moment ist hervorzuheben, dass die rechte Lungengrenze am linken Sternalrande verläuft. Für den Monat August ist das Krankheitsbild nicht wesentlich verändert. Pat. giebt zu den übrigen Klagen noch an, dass sie Kriebeln in Händen und Füssen zeitweise belästige. Zu dem Lungenbefunde ist links vom Sternum im 1. I. C. R. systolisches Schwirren constatirt worden.

Im Monat Sept. ist das Krankheitsbild im Wesentlichen nicht verändert. Pat. hat mehrfach Nasenbluten gehab. Am Ende des Monats klagt Pat. über Schmerzen in der rechten Lungenspitze. Man hörte Pfeifen und unbestimmtes Athmungsgeräusch in der ganzen Ausdehnung der rechten Lunge. H. R. Dämpfung bis zur Mitte der Scapula, H. L. bis zur Spitze des Schulterblattes. Ueber der Dämpfung rechts Pectoralfremitus etwas abgeschwächt, links nicht fühlbar. V. L. wie früher vollkommen leerer Schall; lautes Pfeifen und Schnurren. Druck auf die Intercostalräume schmerzhaft.

Im Monat Oct. ist das Befinden der Pat. zeitweilig ein besseres, so dass sie manche Tage ohne Klage verbringt. Am Ende des Monats hat Pat. starke Schmerzen in der Lebergegend. Die Leber ist bedeutend vergrössert, der Rand ist fühlbar, ebenso der Rand der Milz, welche sich gut percutiren lässt. Beide Organe fühlen sich derb an und sind empfindlich. An der Lunge L. V. allenthalben verkürzter Schall mit abgeschwächtem Vesiculärathmen. Rechts, namentlich am Sternum in der Mammillarlinie hohler Schall mit Vesiculärathmen, Herzdämpfung stark vergrössert. Hinten ist der Schall

beiderseits nicht sehr verschieden. Links unten intensive Dämpfung mit Bronchialathmen und Schaben. Rechts abgeschwächtes Vesiculärathmen.

Im Sputum ist das Blut selten. Tuberkelbacillen sind nicht nachweisbar.

Im Monat Nov. steht Pat. zeitweilig auf. Sie kann sogar allein gehen. Sonst ist zum Status hinzuzufügen: Kratzen im Hals; Leber stark vergrössert. Obere Grenze 5. Intercostalraum, nach unten bis zur Nabellinie reichend; die Leber ist empfindlich. Schmerzen in beiden Kniegelenken, namentlich im rechten, Beweglichkeit nicht gestört, Sehnenreflex erhalten.

Im Monat Dec. ist der Status derselbe. Pat. hat mehrfach Nasenbluten gehabt. Das rechte Knie ist geschwollen und schmerzhaft. Pat. hat mehrfach heftige Durchfälle gehabt. Die Pillen sind ersetzt worden durch Schmierkur.

Für Jan. 1888 ist am Status wiederum nichts Wesentliches hinzuzufügen. Pat. hat mehrfach Angina pectoris gehabt. Auch hat das Kratzen und Brennen im Halse noch nicht nachgelassen. Die Stimme ist etwas rauh. Ein kleiner Abscess am Anus ist eröffnet worden. Sonst sind die Klagen über die Schmerzen an der Brust und an der Leber dieselben.

Im Febr. ist der Status wenig verändert. Pat. hat mehrmals Stenocardie gehabt. Die Stimme ist heiserer geworden. Das systolische Stenosengeräusch über der Pulmonalis ist deutlicher geworden. Doch hat sich Pat. an manchen Tagen ganz wohl gefühlt.

Im März ist das Krankheitsbild im Wesentlichen dasselbe. Die Stimme ist aphonisch. Pat. klagt über Schmerzen und ein wundes Gefühl im Halse. Die rechte Tonsille ist stark zerklüftet. Links am Zungen-

grunde ist ein Geschwür, ebenso hinten an der Epiglottis.

Als wesentliches Moment tritt hinzu die icterische Farbe der Haut, die allmählich zunimmt. Auch die Appetitlosigkeit wird grösser.

Im April und im Mai ist das Krankheitsbild fast dasselbe. Die icterische Farbe der Haut ist intensiver geworden. Dazu ist ein heftiges Hautjucken getreten. Auch Herzklopfen und Beängstigung tritt häufiger auf. Ebenso klagt Pat. häufiger über Mattigkeit und manchmal über stechende Schmerzen in den Augen.

Am 1. Juni ist der Icterus, der in den letzten Tagen sehr zugenommen hat, erheblich hervorgetreten. Die Lebergegend ist auf Druck sehr empfindlich. Die Leberdämpfung beginnt mit dem Oberrande der V. Rippe, erstreckt sich nach abwärts bis 4 cm über den Nabel hinab in der Mammillarlinie, bleibt in der Medianlinie 2 cm oberhalb Nabelhöhe. Im Bereich der Dämpfung fühlt man eine Resistenz im Abdomen, welche auf Druck äusserst empfindlich ist. Die Kräfte der Pat. sind äusserst verfallen.

Am 2. Juli H. L. mässige Dämpfung in der Fossa supraspinata, weiter abwärts keine Dämpfung. Ueber der Dämpfung bronchiales Athmen. Sputum leicht icterisch gefärbt; es enthält Eiter und elastische Fasern. Tuberkelbacillen sind nicht gefunden. Der Stuhl ist heller als normal. Der Urin enthält Gallenfarbstoff.

V. L. unter der Clavicula starke Dämpfung bis zur Axillargegend. Athmungsgeräusch sehr abgeschwächt vesiculär. R. Vesiculärathmen, keine Dämpfung; unter der Clavicula und in der Fossa supraclav. mässige Dämpfung. Herzdämpfung normal. Herztöne rein.

Milzdämpfung in der Axillarlinie von der 8. Rippe

bis zur 1. Rippe, nach vorn bis zur Mammillarlinie. An den Rachentheilen sind grosse speckige Geschwüre.

Während des Monats Juni nimmt der Icterus fortwährend zu. Der Urin zeigt starke Gallenfarbstoffreaction und Spuren von Eiweiss. Dazu tritt häufiges Nasenbluten und Stuhlverhalten. Im Sputum sind trotz mehrfacher Untersuchung Tuberkelbacillen nicht gefunden worden.

Der Exitus erfolgte am 30. Juni.

Am 1. Juli machte Dr. Israel die Section. Die allgemeine anatomische Diagnose lautet:

Syphilis constitutionalis. Pleuropneumonia interstitialis. Bronchiectasiae lobi superioris sinistri. Gummata glandularum jugularium, retro-peritonealium. Gummata et cicatrices hepatis. Degeneratio amyloides hepatis. Perisplenitis. Perihepatitis. Perimetritis chron. adhaes. Ulcus pharyng. syphiliticum. Ulcera recti diphtherica.

Der speciellere Theil des Protokolls heisst zu Anfang: Sehr kleine, magere weibliche Leiche, atrophisch, von stark icterischer Färbung.

Die linke obere Spitze der Lunge ist bis auf Grösse eines Hühnereies zusammengeschrumpft und mit der Pleura fest verwachsen. Die Substanz der Lunge ist vollständig geschwunden, dagegen besteht eine Reihe von Bronchiectasien; daneben ein wenig fettig degenerirtes Gewebe.

Stand des Zwerchfells: Oberer Rand der IV. Rippe und oberer Rand der V. Rippe.

Das Herz ist stark nach links verlagert. Im Herzbeutel ist die Flüssigkeit vermehrt. Das Herz ist ausserordentlich klein. Die linke Lunge ist durch ein mässiges Exsudat nach hinten gedrängt. An der Spitze eine kleine schiefrig gefärbte Narbe. Die Lunge zeigt

im Uebrigen einige atelectatische Herde, speciell im unteren Lappen frische, graurothe Hepatisation. Die rechte Lunge ist ziemlich blutreich und ödematös. Die Brochialdrüsen sind stark schiefrig gefärbt und enthalten verkalkte Käseknoten.

Der Aditus ad laryng. zeigt ein grosses, die rechte Hälfte des Zungengrundes umgreifendes und die Epiglottis zerstörendes Geschwür. Im Grunde dieses ziemlich tiefen Geschwürs ragt das vom Periost entblösste Zungenbein hervor. Taschen- und Stimmbänder sind intact.

Wir wollen nunmehr die Symptome der Lungensyphilis besprechen und Vergleichungen anstellen mit dem vorliegenden Krankheitsbilde.

Pancritius führt als erstes Symptom die Dyspnoë an. Schon im Initialstadium treten als charakteristisches Merkmal der Lungensyphilis dyspnoëtische Beschwerden auf, die sich beim Gehen und Sprechen bis zur Orthopnoë steigern, während im Zustande der Ruhe vollkommen freie und tiefe Respiration stattfindet. Diese Störungen der Athmung sind im ersten Stadium durch die Rigidität und die hierdurch verminderte Elasticität des Lungengewebes, im zweiten Stadium durch die Verdichtung und destructiven Processe in demselben zu erklären. Die geringen pathologischen Veränderungen reichen aber nicht hin, um die dyspnoëtischen Anfälle zu erklären. Es muss neben der Gewebsverdichtung der Lungen an eine respiratorische Lähmung des Vagus gedacht werden, bedingt durch Druck auf denselben bei seinem Durchgange durch den Hilus, wo überhaupt massige Bindegewebswucherungen und Hypertrophien der Drüsen nicht selten wahrgenommen werden.

Bei unserer Pat. war die Dyspnoë, als sie zur Beobachtung kam, schon zu erklären aus dem physikali-

schen Lungenbefunde. Die Annahme, dass der Vagus in Mitleidenschaft gezogen sei, ist nicht absolut nothwendig.

2. Das Asthma, welches bei vollkommener Ruhe eintritt, hat den Charakter des exspiratorischen Asthmas. Während die Patienten leicht inspiriren, müssen sie sich mit der grössten Mühe zur Exspiration der eingeathmeten Luft zwingen. Die Hypertrophie des Bindegewebes und die dadurch aufgehobene Elasticität des Lungengewebes geben wohl eine Erklärung für die Erscheinung. Andere legen viel Gewicht darauf, dass sie es gerade in den Abendstunden hauptsächlich beobachtet haben. Ich habe bei unserer Pat. das nicht bestätigen können.

3. Die Haemoptoe kann ganz im Anfangsstadium der Lungensyphilis auftreten, gerade wie bei der Tuberculose. Es stellt sich nicht selten ein quälender, trockener Husten ein, der oft Stunden lang anhält und ebenso plötzlich mit der Entleerung einer grösseren oder geringeren Quantität bald hell-, bald dunkelrothen Blutes endet. Diese Zustände wiederholen sich in längeren oder kürzeren Zwischenräumen. Im destructiven Stadium der Lungensyphilis, wie bei unserem Fall, sind capilläre Blutungen durch Congestionszustände, hämorrhagische Infarcte, Cavernen und hämorrhagische Erweichungen durch Arrosion der Gefässe wohl erklärlich. Was den Verlauf speciell der Blutungen anbetrifft, so sind sie nicht so acut wie bei Lungentuberculose, sondern sie haben mehr einen chronischen Charakter. Dies findet wohl seine Deutung theils durch das mehr Widerstand leistende sklerotische Bindegewebe, theils durch die geringere vitale Energie des syphilitischen Gewebes überhaupt.

4. Die Sputa und im Zusammenhang damit der Husten haben im Anfangsstadium der Lungensyphilis

wenig diagnostischen Werth. Der Husten ist kurz, trocken und quälend, der Auswurf gering, und wenn der Larynx afficirt ist, können sich noch die Zeichen der Larynxverengerung, Croup und Stridor hinzugesellen. Anders gestalten sich Husten und Sputa in dem Stadium, wo das Lungenparenchym zur Destruction und zur Erweichung gekommen ist. Es werden dann fast immer bald mehr, bald weniger massige Sputa entleert, die geballt, schwer sind und necrotische Zellgewebspartien, elastische Fasern und käsige, sowie eitrige Beimengungen enthalten.

5. Als Sitz, als Ausgangspunkt der syphilitischen Erkrankung wird allgemein die Mitte, der Hilus der Lunge angenommen. Und es wird nicht mit Unrecht dies als ein pathognomonisches Zeichen bei der Diagnose der Lungensyphilis verwendet. Nach Virchow gehen die syphilitischen, interstitiellen Bindegewebswucherungen von den Ligamenten aus, nach anderen von den portalen Adventitien, immer von solchen Punkten, wo das Bindegewebe am massenreichsten vorkommt und von wo aus es sich in das Parenchym begiebt. Vom Hilus aus, der ja massenhaftes Bindegewebe enthält, geht dieses, entsprechend den Arter. bronchial. fächerartig sich verzweigend, als Lungengerüst bis zur Pleura, um sich hier auszubreiten. Dazu kommt, dass der Hilus reichlich von Lymphdrüsen und Lymphgefässen umgeben ist, so dass das syphilitische Virus dort einen geeigneten Boden findet. Die rechte Lunge hat man häufiger betroffen gefunden als die linke, wohl deswegen vielleicht, weil sie räumlich grösser und massig schwerer ist, ausserdem ist das Bindegewebe in der rechten reichlicher als in der linken.

Pancritius sucht dies zu beweisen aus vielen klinischen Beobachtungen und selbst ausgeführten Sectionen.

Jedenfalls geht aus den pathologisch-anatomischen Befunden hervor, dass bei der Phthisis syphilitica die Lungenmitte als bevorzugter Herd des destructiven Processes betrachtet werden müsse, während die Lungenspitzen bald mehr, bald weniger intact bleiben. Diese Ansicht bestätigt auch Grandidier, indem er bei der Diagnose der syphilitischen Erkrankung der Lungen gerade den Schwerpunkt auf die pathologischen Veränderungen des Mittellappens der rechten Lunge legt und die physikalischen Befunde daselbst zum pathognomonischen Kennzeichen macht. Er findet stets eine auffallende Dämpfung im mittleren Lappen, entsprechend der Regio interscapularis, am intensivsten in der Gegend des Hilus, gleichzeitig eine Dämpfung im zweiten Intercostalraume neben dem Brustbein, immer rechts, und an diesen Stellen theils abgeschwächtes Respirationsgeräusch, theils Bronchialathmen, welche Erscheinungen durch Infiltration dieser Theile bedingt werden. Er hält diese specifische Localisation der Lungeninfiltration für so charakteristisch, dass er bei ihrem Vorhandensein die Anwesenheit anderweitig bestimmender Merkmale zur Feststellung der syphilitischen Natur eines Lungenleidens entbehren zu können glaubt. Diese technische Diagnose wird indess durch etwa vorhandene functionelle Störungen der Lungen, wie Asthma, durch die Anamnese, durch Coïncidenz von extern syphilitischen Symptomen und ex juvantibus gesichert.

Ein anderer Autor, Rollet, lässt sich über diesen Punkt etwa folgendermassen aus. Ein ziemlich sicherer und in differential diagnostischer Beziehung bedeutungsvolles Factum sei das Freisein der Lungenspitzen und der prävalirende Sitz in der mittleren Thoraxregion; ferner ein anderes Moment, welches in gewissen Fällen zur Diagnose verwerthet werden könnte, neben dem von

der Lungenspitze entfernten Sitz auch die Form der Dämpfung des Percussionsschalles, die Dämpfungsfigur. Ein anderer will bei einem syphilitisch Kranken mit Husten und Respirationsbeschwerden in der Höhe der 3. und 4. Rippe links eine ellipsoide, umschriebene Dämpfung des Percussionsschalles constatirt haben, welche unter dem Gebrauche von Kalium jodatum (3,0 pro die) in 40 Tagen unter Beseitigung der Brustbeschwerden zum Schwinden kam. Dieser Autor hebt nun ferner hervor, die Percussion zeige mehr oder weniger ausgebreitete, manchmal scharf begrenzte, rund oder unregelmässig geformte Dämpfung meist in der mittleren Thoraxregion, einseitig oder beiderseitig, namentlich an der Vorder- und Seitenfläche und hauptsächlich zwischen den Schulterblättern deutlich nachweisbar; die Auscultation zeige daselbst fehlendes oder vermindertes, unbestimmtes Athmungsgeräusch, zuweilen Bronchialathmen und Rasseln. In späteren Stadien werden Höhlensymptome beobachtet, und alle Zeichen der Lungenphthisis, unter deren Bilde die Krankheit ihren Verlauf nimmt. Derselbe Autor ist es auch, der die Chronologie der specifischen Störungen, den Verlauf, die Aufeinanderfolge und den Zusammenhang der verschiedenen Krankheitserscheinungen zur Diagnose zuerst hervorhebt.

Sacharjin entwirft ein noch schärfer markirtes, klinisches Bild, mit dessen Hülfe die Lungensyphilis diagnostisch von gewöhnlicher Lungenschwindsucht unterschieden werden kann. Er macht besonders aufmerksam auf eigenthümliche Befunde der Percussion und Auscultation, besonders an der rechten Thoraxwand über und unter dem Schlüsselbeine, und zwischen dem Schulterblatte und der Wirbelsäule bestehe Dämpfung, schwächerer Fremitus und verlängertes Exspirium. Er

stützt seine Diagnose ferner auf Fehlen der gewöhnlichen Symptome der Lungenphthisis, auf den nur geringen Husten, geringe Menge der Sputa, Fehlen des Fiebers, auf die Anamnese, die Coïncidenz anderer syphilitischer Symptome und den Erfolg der antisyphilitischen Kur. v. Cube geht noch weiter. Er nimmt als prädilectorischen Sitz der Erkrankung einen percutorisch deutlich abgrenzbaren Infiltrationsherd an in der Gegend des rechten unteren Scapularwinkels, also dem rechten, mittleren Lungenlappen entsprechend, bei vollständigem Freisein der Lungenspitze und des Oberlappens. Seine klinische Diagnose wird durch die histologischen Befunde der Sputa insofern bekräftigt, als er in denselben Bindegewebsneubildungen mit Vascularisation nachweist.

An dieser Stelle dürfen wir die Darstellungen über Lungensyphilis von Schnitzler nicht übergehen. Indem er verschiedene Formen der Lungensyphilis, deren primärer Sitz stets das Bindegewebe ist, nach der Chronologie aufzählt, führt er ebenfalls die Lungenmitte als den vielfach bevorzugten Sitz der Erkrankung an. In einem Falle seiner Beobachtungen führt er in Bezug auf die diagnostischen Zeichen an: Dämpfung am rechten unteren Scapularwinkel im grösseren Umfange; die Auscultation ergab unbestimmtes Inspirium und bronchiales Exspirium, theils gross-, theils kleinblasiges Rasseln. Die Supra- und Infraclaviculargegend gab beiderseits einen hellen, vollen Percussionsschall. Dieser Befund im mittleren Lungenlappen — wie dieses bisher in den meisten Fällen von Lungensyphilis beobachtet worden — und das Intactsein der Lungenspitze berechtigte ihn bei gleichzeitig bestehender Larynxsyphilis diese Lungenerkrankung als eine syphilitische zu behandeln. In einem andern Falle hebt er wieder hervor die eigenthümlichen pathologischen Zustände an der

rechten Lunge hinten und unten. Ferner erwähnt er einen Fall, wo bei ziemlich breitem Thorax der Lungenschall an beiden Spitzen, sowohl vorn als rückwärts, etwas kürzer und das Athmungsgeräusch daselbst rauh und unbestimmt gewesen sei, dabei habe eine Dämpfung am linken unteren Schulterblattwinkel im grossen Umfange bestanden, ausserdem bronchiales Athmen und zuweilen Rasselgeräusche. Bei seiner Symptomatologie hebt er hervor, dass die syphilitische Erkrankung der Lunge mit Vorliebe im mittleren und unteren Lappen hervortrete, und es könne der Nachweis einer Affection in diesen Partien bei Freibleiben der Lungenspitzen immer zur Differential-Diagnose zwischen Tuberculosis und Syphilis dienen.

Diese Angaben anderer Autoren über den Sitz der Erkrankung mögen genügen, und ich hebe noch einmal hervor, dass sie im Ganzen und Grossen über die Prädilectionsstellen der Lungensyphilis sich einig sind. Die Erkrankung geht vom Hilus aus und schreitet im Bindegewebe weiter. Die Affection ist klinisch schon nachweisbar in der Mitte der Lungen, wo die Spitzen noch ganz frei sind. Darin stimmen sie alle überein. Ebenfalls bezeichnen alle die rechte Lunge als die von der Lungensyphilis bevorzugtere. Aber eins habe ich bei allen vermisst. Sie sprechen zwar von der Chronologie der Lungensyphilis — das thut namentlich ausführlich Schnitzler —, aber es betont keiner, dass die Dämpfung lange constant bleibt und unverändert lange Zeit durch Percussion und Auscultation beobachtet und studirt werden kann. Es scheint mir das ein garnicht gering anzuschlagendes diagnostisches Merkmal zu sein. Während bei anderen Lungenaffectionen, bei Tuberculose, bei allen Pneumonien, bei Infarct u. s. w. in längerer oder kürzerer Zeit Veränderungen zu beobachten sind, sei

es, dass es zur Resolution oder zur Verkäsung, Einschmelzung und Cavernenbildung kommt, um nicht alle die möglichen Veränderungen in den Lungen aufzuzählen, giebt die Lungensyphilis mehr ein constantes Krankheitsbild. Es hängt das wohl zusammen mit der derben bindegewebsreichen Beschaffenheit der syphilitischen Infiltration.

Stellen wir jetzt unsern Fall dagegen. Was die rechte Lunge anbetrifft, so können wir fast Wort für Wort wiederholen, was die anderen Autoren über den Beginn und den Verlauf der syphilitischen Lungenerkrankung gesagt haben.

Es war bei unserer Patientin ebenfalls eine grössere Dämpfung im rechten unteren Scapularwinkel nachweisbar; ebenso ergab die Auscultation unbestimmtes Inspirium und bronchiales Exspirium, theils mittelgross-, theils kleinblasiges Rasseln. Auch die Dämpfung in der Fossa infraclavicularis, während die Dämpfung in der Fossa supraclavicularis, wenn solche vorhanden ist, weniger intensiv ausgeprägt ist, können wir an unserem Fall bestätigen. Wir können nur noch hinzufügen, dass wir auf der Senator'schen Klinik diese Dämpfung lange Zeit in gleicher Stärke und in gleichmässiger Ausdehnung percutirt und eine wesentliche Aenderung an den Geräuschen bei der Auscultation nicht wahrgenommen haben, die auf einen schneller vor sich gehenden Process im Lungengewebe hätte deuten können. Es wurde deshalb diese physikalische Erscheinung für ein specifisches Merkmal der Lungensyphilis gedeutet und als solches während des ganzen Verlaufes der Krankheit genauer beobachtet und studirt.

Doch es sind nicht sowohl die physikalischen Befunde der rechten Lunge, als vielmehr diejenigen der linken Lunge, die unseren Fall als interessant er-

scheinen lassen. Denn alle anderen Autoren heben hervor, dass hauptsächlich die rechte Lunge der Sitz der syphilitischen Erkrankung sei. In unserem Falle zeigt in der That die rechte Lunge alle Momente, die man allgemein für die Diagnose der Lungensyphilis als charakteristische Merkmale fordert.

Aber der Hauptherd der syphilitischen Erkrankung hat sich bei unserer Patientin in dem linken oberen Lappen abgespielt, der bis auf Wallnussgrösse zusammengeschrumpft war, wie es die Section ergab.

Der physikalische Befund der linken Lunge ist mehrfach in der Krankengeschichte angegeben. Es war meist absolute Dämpfung zu constatiren, jedenfalls immer an der Spitze. Die Dämpfung der Lunge ging in die Dämpfung des Herzens über. Nur vorübergehend ist eine geringe Aufhellung vom 1. Intercostalraum abwärts wahrgenommen worden. Bei den klinischen Untersuchungen musste man natürlich auf eine bedeutende Schrumpfung der linken Lunge schliessen, sowohl wegen der absoluten Dämpfung und des entfernt klingenden bronchialen Athmungsgeräusches, als auch wegen des Zurückbleibens der linken Lungenhälfte bei der Athmung. Immerhin waren neben grossblasigen Rasselgeräuschen kleinblasige zahlreiche klingende Rasselgeräusche vernehmbar, so dass ich geneigt war, theilweise die Dämpfung durch eine Infiltration zu erklären. Ich war deswegen nicht wenig überrascht, als Herr Dr. Israel bei der Section eine ganz minimale Lunge herausholte. Bei genauerer Untersuchung erwies sich jedoch, dass der ganze linke obere Lappen in der Brusthöhle geblieben war, der allerdings nicht grösser als ein Hühnerei war, fest mit der Pleura verwachsen. Die Lungensubstanz war völlig geschwunden, dagegen bestand eine Reihe von Bronchiectasien, daneben fettig

degenerirtes Gewebe. Die übrige Lunge zeigte wenig Abnormes.

Das ist der Befund der linken Lunge. Einmal zeigt sich darin, dass der Hauptsitz der syphilitischen Erkrankung entgegen den sonstigen Beobachtungen in unserem Falle sich nicht in der rechten, sondern hauptsächlich in der linken Lunge abgespielt hat. Ferner geht daraus hervor, dass vorzüglich die Spitze betroffen ist, die sonst bei Lungensyphilis garnicht oder doch wenigstens zuletzt und dann nur wenig betroffen wird. Da in unserem Falle die Tuberculose wohl mit Sicherheit auszuschliessen ist, denn Tuberkelbacillen sind weder bei den klinischen Untersuchungen noch nach der Section gefunden worden, so haben wir jedenfalls ein Krankheitsbild von Lungensyphilis vor uns, das sich entgegen anderen Beobachtungen vorzugsweise in der Spitze abgespielt hat. Jedoch darf man sich nicht verhehlen, dass der Process vom Lungenhilus ausgehend schon in die Spitze vorgedrungen sein kann zu der Zeit, als die Patientin zur Beobachtung kam. Jedenfalls aber ist absolute Dämpfung constatirt worden bei der Aufnahme in die Senator'sche Klinik; auch geht aus der Krankengeschichte von der II. med. Klinik hervor, dass eine absolute Dämpfung in der Fossa supra- und infraclavicularis vorhanden gewesen ist.

Bis dahin von dem Sitz der syphilitischen Erkrankung. Wie weit dies in unserem Falle mit den sonstigen Beobachtungen übereinstimmt und auf der anderen Seite abweicht, ist genügend, glaube ich, dargelegt worden. Ich will nur noch ein klinisches Merkmal hervorheben, welches namentlich von Schnitzler betont wird und welches auch bei unserer Patientin seine Bestätigung findet. Es ist das die Erkrankung des Kehlkopfes, die nach Schnitzler regelmässig neben der Lun-

gensyphilis einhergeht, so dass er sogar die Behauptung aufstellt, die Diagnose der Lungensyphilis kann nur mittelst des Kehlkopfspiegels mit voller Sicherheit gemacht werden. Bei unserer Patientin trifft jedenfalls die Bemerkung zu. Die Erkrankungen des Larynx sind genau beobachtet worden am Krankenbett. Die Section bestätigte die Beobachtungen. Jedoch wird die Behauptung Schnitzler's durch die Angaben anderer widerlegt. Pancritius will unter 102 Patienten mit ausgesprochener Lungensyphilis nur 46 Affectionen der Rachenhöhle und des Kehlkopfes gefunden haben.

An dieser Stelle darf nicht unerwähnt bleiben, dass viele Autoren Gewicht legen auf das Aussehen und den Ernährungszustand der Patienten. Sie nehmen an, dass, wenn Lungenleidende in einem guten Ernährungszustande sind, es sich nicht um Tuberculose handele, sondern um andere weniger consumirende Krankheitsprocesse, also auch um Syphilis. Auch Gerhard ist der Ansicht, dass der Rückschluss auf Lues selten unberechtigt ist, wenn man Pneumo - laryngophthisis bei sehr starkknochigen, wohlbeleibten Leuten vorfindet, deren Habitus eher dem apoplectischen oder emphysematösen sich nähert. Doch giebt es viele Fälle in der Litteratur, wo das Aussehen der Patienten bei erwiesener Lungensyphilis ein kachectisches war. Aber meistens war eine Erkrankung anderer Organe nachweisbar. Auch in unserem Falle, wo eine hochgradige Kachexie da war, ist diese wohl auf die Erkrankung der Leber und vielleicht zum nicht geringen Theil auf die umfangreiche Schrumpfung der linken Lunge zurückzuführen. Das Krankheitsbild spricht deswegen nicht direct gegen die allgemeine Ansicht, dass die Patienten bei Lungensyphilis sich meist in einem guten Ernährungszustande befänden. Auch dürfte nicht zu vergessen sein, dass im zweiten,

destructiven Stadium der Lungensyphilis die Zahl der Kachectischen natürlicher Weise eine grössere ist. Und ich meine, dass die genannte Meinung der Autoren sich wohl besonders auf das Anfangsstadium der Lungensyphilis bezieht.

Im zweiten Stadium der Lungensyphilis ist die Cyanose gar kein seltenes Symptom. Sie ist zu erklären aus der Verkleinerung und Verengerung des Lungenkreislaufes und tritt gewöhnlich gleichzeitig mit der Verstärkung des 2. Pulmonaltones auf. An unserer Patientin ist es erst in allerletzter Zeit beobachtet worden.

An dieser Stelle will ich, ehe wir die genannten Symptome und die noch fehlenden Ausschlag gebenden für die Diagnose zuspitzen, über ein erstes und zweites Stadium der Lungensyphilis sprechen.

Im ersten Stadium treten die Symptome mit scheinbar unwesentlichen Störungen nicht so prägnant auf wie bei unserm Fall, der offenbar in das zweite Stadium zu rechnen ist. Die Patienten sind von blühendem Aussehen und fühlen sich im Allgemeinen wohl. Sie klagen bald kürzere, bald längere Zeit nach der primären Erkrankung und vorzüglich bei Bewegungen über eine gewisse Schwere in der betreffenden, also gewöhnlich der rechten Brusthälfte. Die Respiration wird ihnen schwer. Es stellt sich nicht selten Dyspnoë ein. Nach längerer oder kürzerer Dauer steigern sich die subjectiven Empfindungen, die Dyspnoë wird den Patienten beim Gehen schon sehr auffallend, nicht selten tritt ein trockenes Hüsteln auf und zuweilen leichte asthmatische Anfälle. Beim etwaigen Auftreten eines genuinen fieberlosen Katarrhs der Lungen steigern sich diese Athembeschwerden sehr, die Dyspnoë tritt viel markirter hervor und bei dem katarrhalischen Husten werden leichte

Schmerzen in den mittleren Theilen der betreffenden Lunge empfunden. Diese wenigen Symptome erfahren nach und nach eine Steigerung der Art, dass die Respiration keuchend wird, die asthmatischen Anfälle sich öfter wiederholen und länger dauern; schon jetzt treten allgemeine Störungen der Digestion ein, die Patienten fühlen eine Schwere in den Hypochondrien, die Leber erscheint ihnen aufgetrieben. So vergeht dieses Stadium, insofern die physikalische Untersuchung die jetzt schon pathologischen Zustände der Lunge nicht nachweist, unter den Erscheinungen solcher Störungen, über die die Patienten mit eigenen Tröstungen, oder denen des über die Pathogenese der Lungensyphilis nicht informirten Arztes, der sie höchstens für eine katarrhalische Affection der Lungen hält, hinweggehen, bis endlich das zweite, das destructive Stadium erscheint, welches dann nicht selten für Tuberculosis erklärt wird. In diesem ersten Stadium fehlt jedes Fieber, wenn nicht etwa andere Erkrankungen es compliciren, überhaupt mangelt jedes Symptom, das auf eine schwere Lungenerkrankung hinwiese. Zu Ende desselben treten nicht selten Erscheinungen von Seiten des Herzens, wie Palpitationen, Druck in der Herzgegend, auf und man pflegt dann die dyspnoëtischen und asthmatischen Beschwerden von diesem herzuleiten. Haben die Patienten das Glück, dass die in diesem Stadium nie fehlenden, örtlichen Erscheinungen der constitutionellen Syphilis — Affectionen der äusseren Haut, der Schleimhäute, der Knochen u. s. w. — von dem Arzte gewürdigt und in genetischen Zusammenhang mit den Lungenbeschwerden gebracht werden, so wird eine physikalische Untersuchung der Brust schon in diesem Stadium die schwere Erkrankung der Lungen nachweisen können. Auch machen sich nicht selten allgemeine krankhafte Empfindungen, wie rheu-

matische nervöse Affectionen, Schlaflosigkeit und besonders Störungen der Blutbereitung, wie Chlorose bemerkbar.

Wie die physikalischen Erscheinungen durch die pathologischen Befunde des ersten Stadiums, Verdichtung des Bindegewebes, Dilatation der Bronchiolen, begründet werden, so werden auch die subjectiven Symptome für die pathologischen Veränderungen der Lungen, die Aufhebung ihrer Elasticität, beweisend. Das erste Stadium verläuft also ohne grosse Allgemeinstörung, ohne Fieber, ohne stärkeren Husten und ohne Auswurf, und kennzeichnet sich nur wenig durch bald geringere, bald stärkere Störungen der Respiration, die fast stets übersehen werden, und nur allein auf dem Boden der Erkenntniss der syphilitischen Lungenerkrankungen durch strenge und exacte physikalische Untersuchung gelingt es, die schon schwere Lungenerkrankung des ersten Stadiums festzustellen.

So wenig auffällig die subjectiven Krankheitssymptome im ersten Stadium der Lungensyphilis sind, so prägnant werden solche im zweiten Stadium derselben. Es treten Erscheinungen auf, welche den Patienten nicht allein auf die örtliche Erkrankung der Lungen aufmerksam machen, wie stärkere Brustschmerzen, kurzer Athem, Husten mit eitrigem Auswurf, dessen Geschmack von den Patienten als widrig bezeichnet wird, mitunter Haemoptoe, sehr häufige und stärkere asthmatische Anfälle, sondern auch solche, welche die schwere Erkrankung des ganzen Körpers empfinden lassen: allgemeine Störungen der Digestion, der Secretion, Verfall der Kräfte, kachectisches Aussehen und ein bald mehr, bald minder auftretender fieberhafter Zustand. Mit dem Fortschreiten des destructiven Processes der Lungen steigern sich auch die örtlichen Beschwerden, bis unter dem Bilde

der Lungenphthisis der Patient die Schwere seiner Erkrankung, wie alle Phthisiker, würdigt. Die objectiven, physikalischen Befunde sind dieselben wie bei allen andern destructiven Lungenkrankheiten, verminderte Excursion, Schalldämpfung, tympanitischer Ton, Rasselgeräusche, sibilirende, klingende Rhonchi, amphorisches Athmen u. s. w.

Auch die Erscheinungen von Erkrankungen anderer Organe machen sich sehr bemerkbar, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, mit gleichzeitig kolbiger Anschwellung der Endphalangen der Finger, Vergrösserung der Leber und Milz — diese beiden mit dem Eindruck der specifisch syphilitischen Erkrankung, sowie der Nieren unter der Form des Morbus Brightii. Ausserdem treten noch auf Läsionen der Centralorgane, des Gehirns und Rückenmarks, unter den Erscheinungen verschiedenartiger Lähmungen; überhaupt fehlen fast nie Affectionen anderer Gebilde, wie der Knochen, Muskeln — in Form progressiver Atrophie — der Haut, Schleimhaut, namentlich der des Mundes. Besonders ist nochmals hervorzuheben die Betheiligung des Halses in vielen Fällen, sowie der Luftröhre und des Kehlkopfes. Jedenfalls ist diese Affection für die Diagnose der Lungensyphilis zu verwenden.

Das klinische Bild des zweiten Stadiums der Lungensyphilis wird noch vervollständigt durch die Erscheinungen der allgemeinen Consumption, durch ödematöse Schwellungen und das sich steigernde Fieber.

Hier möchte ich noch Einiges über den metastatischen Charakter der Lungensyphilis sagen. Diese Eigenheit theilt sie mit den Bindegewebskrankheiten und den parenchymatösen Affectionen. Es ist eine vielfach gemachte Beobachtung, dass nicht allein syphilitische Uebertragungen, also Infectionen des syphilitischen Virus

von einem Organ auf das andere stattfinden, sondern dass die verschiedenartigen Processe der Organe, der Schleimhäute, der äusseren Haut auch in innigem Connex stehen, so dass wenn die einen prävaliren, die anderen mehr oder weniger in den Hintergrund treten. Es pflegt z. B. immer eine Steigerung der syphilitischen Affection der Lunge einzutreten, wenn concomitirende Exostosen oder Exantheme plötzlich verschwinden, und man nimmt jedesmal einen Nachlass der Lungenaffection wahr, wenn sich exanthematische Erkrankungen in exquisiter Weise entwickeln; zwischen Lunge und Leber scheinen jedoch solche Beziehungen nicht zu existiren, sondern mit der Steigerung des Krankheitsprocesses des einen Organes ist auch eine Steigerung desselben in dem anderen verbunden.

Alle genannten Symptome sind als diagnostische Kennzeichen zu verwerthen, ja man kann ohne Schwierigkeiten die Diagnose der Lungensyphilis selbst aus ihnen schon herleiten. Doch giebt der objective Nachweis einer abgelaufenen oder noch bestehenden Lues an anderen Organen den Ausschlag. Vielleicht noch von grösserer Bedeutung für die Diagnose ist die erfolgreiche Einleitung einer antiluetischen Behandlung. An diese beiden Momente schliesst sich ein drittes an, die Anamnese im Zusammenhang mit dem negativen Nachweis von Tuberkelbacillen. Sie haben zwar nicht den vollen diagnostischen Werth der eben genannten Momente, sind aber durchaus bedeutungsvoll.

In unserem Falle sind alle letztgenannten Merkmale für die Diagnose vorhanden. Die Anamnese, das Fehlen der Tuberkelbacillen, die syphilitische Erkrankung des Rachens und der Leber und selbst die erfolgreiche, antisyphilitische Behandlung in einem früheren Stadium.

Uebrigens stösst die Diagnose in vielen Fällen auf

Schwierigkeiten, weil zu der syphilitischen Infection sich später Tuberculose gesellt, und man dann alle Zeichen der letzteren, auch Tuberkelbacillen im Sputum findet. In solchen Fällen würde nur die Anamnese, das Vorhandensein anderweitiger syphilitischer Processe und vor allem die Beobachtung der Lungenaffection vor dem Auftreten der Tuberculose das Richtige finden lassen.

An dieser Stelle sage ich Herrn Geheimrath Senator, meinem hochverehrten Lehrer, für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen Dank.

Benutzte Litteratur.

Pancritius, Über Lungensyphilis, Berlin 1881.

Thesen.

I.

Eine lange bestehende und beobachtete Infiltration der Lungen ist ein verwendbares Diagnosticon für Lungensyphilis.

II.

Kalte Umschläge und Eisbehandlung sind bei der Antipyrese zu trennen.

III.

Bei Gelenkrheumatismus ist Eisbehandlung indicirt, selbst da, wo andere Mittel im Stich lassen.

Lebenslauf.

Ich Julius Margendorff bin am 6. April 1862 in Greifenhagen geboren. Ich besuchte die Stadtschule zu Greifenhagen, das Gymnasium zu Gartz a. O., das Stadtgymnasium in Stettin und das Gymnasium zu Glückstadt. Dann diente ich mein Jahr ab im Garde-Füsilier-Regiment. Am Schluss meiner Dienstzeit, Ostern 1884, machte ich in Stralsund das Abiturientenexamen. Ich bezog die Universitäten Heidelberg, Kiel, München und Berlin. Ostern 1886 bestand ich in Kiel die vorärztliche Prüfung, am 22. Mai 1889 ebendaselbst die ärztliche Staatsprüfung und am 31. Mai 1889 das Examen rigorosum in Berlin.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bunsen, Gegenbaur, Nuhn in Heidelberg;

Flemming, Hensen, Ladenburg, Karsten, Möbius, Reinke, Pansch, v. Spee in Kiel;

Nussbaum, Angerer, Winkel, Bauer, Ziemssen, L. Lewin, Hofmeier, Mendel, Gusserow, Gerhardt, Leyden, Olshausen, Schweigger, Virchow, Uhthoff, v. Bergmann, Küster in München und Berlin.

Vom 1. Oct. 1887 bis zum 1. Jan. 1888 war ich Hauspracticant in der Universitäts-Frauen-Klinik. Darauf war ich bis zum April 1888 Famulus auf der Klinik des Herrn Geheimrath Leyden.

Allen meinen Lehrern bin ich zu Dank verpflichtet.